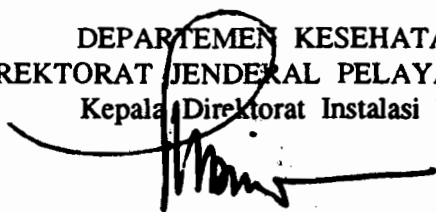
PEDOMAN
MASTER PLAN RUMAH SAKIT

DEPARTEMEN KESEHATAN R.I.
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN MEDIK
DIREKTORAT INSTALASI MEDIK

KATA PENGANTAR

Berdasarkan Surat Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan No. 397/Yan.Med/Instmed/V/91 tanggal 22 Mei 1991 telah dibentuk panitia dengan tugas menyusun Buku Pedoman Master Plan Rumah Sakit.

Terbitnya buku pedoman ini merupakan petunjuk pokok-pokok pengertian, langkah-langkah dan kegiatan-kegiatan yang diperlukan untuk pembuatan Master Plan Rumah Sakit dengan tujuan agar dipakai sebagai Pedoman bagi pemberi tugas. Selain dari pada itu diharapkan buku ini dapat lebih memperjelas gambaran mengenai Master Plan (Rencana Induk) Rumah Sakit)

Penyusunan buku ini memakan waktu cukup lama dan prosesnya disusun bersama-sama dengan para Direktur Rumah Sakit, para Konsultan Perencanaan, para Ikatan Profesi, sebagai tahap akhir penyusunan buku ini telah diadakan lokakarya.

Kepada semua pihak yang telah ikut berpartisipasi dalam penyusunan buku ini kami ucapkan banyak terima kasih.

Kami menyadari bahwa buku ini masih banyak kekurangannya, upaya penyempurnaan akan terus dilaksanakan serta saran dari Saudara-saudara dalam penyempurnaan buku ini tetap kami harapkan.

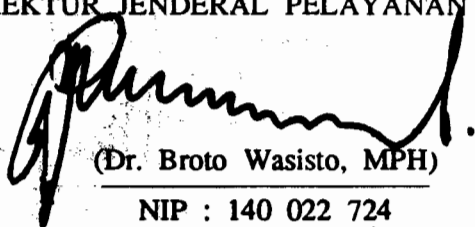
Jakarta, Oktober 1992

DEPARTEMEN KESEHATAN RI
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN MEDIK
Kepala Direktorat Instalasi Medik

(Ir. S U D I M A N)

NIP : 140 018 756

SAMBUTAN

Kita mengucapkan Syukur Alhamdulillah dengan selesainya penyusunan buku Pedoman Master Plan Rumah Sakit Umum

Sebagai dasar penyusunan buku ini adalah SK Menteri Kesehatan RI No. 034/Birhukmas/1972, tentang perencanaan dan pemeliharaan rumah sakit. Dalan SK tersebut mengatur kewajiban setiap rumah sakit mempunyai rencana jangka panjang (rencana induk) dan rencana jangka pendek dengan memperhatikan fungsi dan tujuannya, baik itu dari setiap unit dalam rumah sakit maupun keseluruhan rumah sakit

Buku pedoman ini diharapkan dapat memberikan petunjuk kepada pihak-pihak yang terkait dari penyusunan Master Plan Rumah Sakit baik pemberi tugas, pelaksana maupun pengarah serta pemberi keputusan.

Agar penyusunan Master Plan Rumah Sakit sesuai dengan kebutuhan pelayanan yang sebenarnya, maka disusun buku Pedoman Penyusunan Master Plan Rumah Sakit dengan maksud agar penyelenggaraan serta pengembangan rumah sakit dapat berjalan sesuai dengan kebutuhan masyarakat serta kemajuan teknologi.

Kepada semua pihak yang telah membantu penyelesaian Penyusunan Buku Pedoman ini kami mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya sehingga Buku Pedoman ini dapat diterbitkan.

DEPARTEMEN KESEHATAN RI
DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN MEDIK

(Dr. Broto Wasisto, MPH)

NIP : 140 022 724

DAFTAR ISI

BAB I
PENDAHULUAN

A. UMUM.

Dalam menyelenggarakan pengembangan rumah sakit, diperlukan pedoman dasar yang disepakati dan ditaati bersama. Pedoman yang dimaksud bagi pengembangan sarana, prasarana, dan peralatan serta pelayanan yang memenuhi kebutuhan sesuai dengan perkembangan di suatu daerah/wilayah.

Untuk pengembangan rumah sakit diperlukan langkah-langkah yang benar-benar sistematis dan teliti karena rumah sakit merupakan gabungan dari berbagai macam kegiatan yang saling mengait dan diperlukan penyelesaian khusus. Pengembangan rumah sakit harus dapat mewujudkan hasil karya gabungan secara paripurna.

Di samping itu pengembangan pelayanan rumah sakit berkaitan erat dengan aspek pendidikan, ekonomi, kependudukan, sosial, budaya dan harus berwawasan lingkungan. Semakin tinggi kelas rumah sakit, semakin rumit kebutuhan sarana, prasarana dan peralatan yang tentunya akan melibatkan tenaga-tenaga professional dari berbagai disiplin ilmu.

Buku pedoman ini tidak menjabarkan secara rinci tentang master plan rumah sakit, akan tetapi banyak memberikan pokok-pokok pengertian, langkah-langkah dan kegiatan-kegiatan yang diperlukan untuk pembuatan master plan rumah sakit dengan tujuan agar dapat dipakai sebagai pedoman bagi pemberi tugas/pihak rumah sakit maupun konsultan, sehingga tidak timbul perbedaan pengertian di antara mereka.

B. MAKSUD DAN TUJUAN.

Perencanaan rumah sakit pada dasarnya adalah suatu upaya dalam menetapkan fasilitas fisik, peralatan, tenaga dan sumber dana yang diperlukan untuk memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat sesuai dengan kebutuhan. Perencanaan tersebut tentunya dapat dituangkan atau diujudkan dalam suatu bentuk rencana induk rumah sakit (master Plan). Agar penyusunan master plan di setiap rumah sakit mempunyai susunan, bentuk dan pola yang sama, maka diperlukan suatu petunjuk yang dapat dipahami dan diikuti oleh pihak-pihak yang terkait dalam penyusunan master plan.

Di samping itu keberadaan master plan perlu mendapat persetujuan dan diketahui oleh pihak-pihak yang berwenang, sehingga apa yang dirumuskan dalam master plan tersebut dapat dipakai sebagai panduan dalam mengembangkan rumah sakit bersangkutan.

C. KEADAAN DAN MASALAH

Upaya peningkatan pelayanan rumah sakit pada dasarnya seirama dengan perkembangan kebutuhan oleh pelayanan masyarakat. Bilamana kita memperhatikan pembangunan rumah sakit, sebelum pelita di mana keadaan ekonomi belum memungkinkan untuk membangun rumah sakit, sedangkan kebutuhan pelayanan kesehatan tidak dapat dibendung, maka untuk menambah sarana, prasarana dan peralatan terlihat belum adanya sistem yang memadai.
Sampai saat ini sebagian besar rumah sakit belum mempunyai master plan, sedangkan yang ada berupa blok plan sederhana yang biasanya dianggap sebagai master plan. Sedangkan blok plan hanya merupakan sebagian out-put (keluaran) dari proses pembuatan master plan untuk mewujudkan fisik rumah sakit dalam bentuk blok-blok bangunan.

Surat Keputusan Menteri Kesehatan nomor 034/Birhukmas/72 tanggal 4 September 1972 yang mengatur kewajiban Rumah Sakit mempunyai Rencana Induk pembangunan dan pemerliharaan, sampai saat ini belum dapat dilaksanakan sebagaimana yang diharapkan.

Sesuai dengan perkembangan dan kebutuhan pelayanan medik di rumah sakit dan perlu juga memenuhi SK Menteri KLH No. KEP5/

MNKLH/6/87 mengenai Analisa Dampak Lingkungan, maka perlu dikembangkan cakupan pelayanan termasuk jumlah dan jenis-jenis pelayanan kepada masyarakat di suatu wilayah. Karena belum adanya rencana induk yang memadai, maka rencana pengembangan, biaya pengembangan dan operasional rumah sakit belum dapat diperkirakan dengan baik.

D. KEBIJAKSANAAN.

Dalam pelaksanaan Program Repelita V, Direktorat Jenderal Pelayanan Medik telah berhasil mencapai berbagai peningkatan cakupan mengenai pelayanan dan fungsi termasuk peran serta masyarakat.
Seiring dengan hal tersebut maka dalam menyusun rencana induk rumah sakit harus tercapai sasaran pelayanan, peningkatan jumlah tempat tidur serta peningkatan cakupan dan mutu pelayanan sesuai dengan perkembangan wilayah itu sendiri.
Dengan demikian penyusunan rencana induk rumah sakit harus sejalan dengan program serta kebijaksanaan Direktorat Jenderal Pelayanan Medik

BAB II
SURVEY PENGUMPULAN DATA

Data yang diperlukan adalah data primer dan data sekunder. Sedangkan aspek yang disurvey di sesuaikan dengan komponen yang ditelaah. Lokasi pengamatan untuk masing-masing aspek yang disurvey ditetapkan berdasarkan karakteristik lingkungan yang berkaitan dengan rumah sakit yang bersangkutan.

Penetapan batas wilayah survey didasarkan pada wilayah lokasi kegiatan dan wilayah yang kemungkinan besar terkena pengaruh/dampak dari kegiatan pelayanan rumah sakit. Namun batas tersebut dapat disesuaikan berdasarkan hambatan yang mungkin terjadi termasuk ketersediaan data sekunder, keterbatasan waktu dan dana, serta kondisi lapangan tersebut.

Adapun data yang dimaksud antara lain meliputi :

A. PENGUMPULAN DATA PRIMER

Yang dimaksud data primer adalah data yang dapat diambil/bersumber langsung dari rumah sakit, data tersebut meliputi :

1. Data Kesehatan.
   a. Angka kesakitan (morbiditas) utama rawat nginap di rumah sakit.
   b. Angka kematian (mortalitas) di rumah sakit.
   c. Angka kelahiran.
   d. Data pola penyakit.

MNKLH/6/87 mengenai Analisa Dampak Lingkungan, maka perlu dikembangkan cakupan pelayanan termasuk jumlah dan jenis-jenis pelayanan kepada masyarakat di suatu wilayah. Karena belum adanya rencana induk yang memadai, maka rencana pengembangan, biaya pengembangan dan operasional rumah sakit belum dapat diperkirakan dengan baik.

D. KEBIJAKSANAAN.

Dalam pelaksanaan Program Repelita V, Direktorat Jenderal Pelayanan Medik telah berhasil mencapai berbagai peningkatan cakupan mengenai pelayanan dan fungsi termasuk peran serta masyarakat.
Seiring dengan hal tersebut maka dalam menyusun rencana induk rumah sakit harus tercapai sasaran pelayanan, peningkatan jumlah tempat tidur serta peningkatan cakupan dan mutu pelayanan sesuai dengan perkembangan wilayah itu sendiri.
Dengan demikian penyusunan rencana induk rumah sakit harus sejalan dengan program serta kebijaksanaan Direktorat Jenderal Pelayanan Medik

BAB II
SURVEY PENGUMPULAN DATA

Data yang diperlukan adalah data primer dan data sekunder. Sedangkan aspek yang disurvey di sesuaikan dengan komponen yang ditelaah. Lokasi pengamatan untuk masing-masing aspek yang disurvey ditetapkan berdasarkan karakteristik lingkungan yang berkaitan dengan rumah sakit yang bersangkutan.

Penetapan batas wilayah survey didasarkan pada wilayah lokasi kegiatan dan wilayah yang kemungkinan besar terkena pengaruh/dampak dari kegiatan pelayanan rumah sakit. Namun batas tersebut dapat disesuaikan berdasarkan hambatan yang mungkin terjadi termasuk ketersediaan data sekunder, keterbatasan waktu dan dana, serta kondisi lapangan tersebut.
Adapun data yang dimaksud antara lain meliputi :

A. PENGUMPULAN DATA PRIMER

Yang dimaksud data primer adalah data yang dapat diambil/bersumber langsung dari rumah sakit, data tersebut meliputi :

1. Data Kesehatan.
   a. Angka kesakitan (morbiditas) utama rawat nginap di rumah sakit.
   b. Angka kematian (mortalitas) di rumah sakit.
   c. Angka kelahiran.
   d. Data pola penyakit.

e. Angka penderita rujukan.

f. Data asal penderita rawat jalan, gawat darurat, dan rawat nginap di Rumah Sakit.

g. Jumlah penderita rawat jalan di rumah sakit.

h. Jumlah penderita rawat nginap di rumah sakit.

i. Jumlah hari rawat di rumah sakit.

j. Angka rata-rata hari rawat di rumah sakit secara keseluruhan.

k. Jumlah dan jenis pelayanan kesehatan rumah sakit.

l. Jumlah dan jenis tenaga dokter di rumah sakit.

m. Jumlah tenaga paramedik perawatan di rumah sakit.

n. Jumlah tenaga paramedik non perawatan di rumah sakit.

o. Jumlah dan jenis layanan Spesialistik di rumah sakit.

p. Jumlah dan jenis layanan penunjang medik di rumah sakit.

2. Pengumpulan data lokasi

   a. Pengumpulan data lahan di lokasi, didapat dari survey pendahuluan dan atau studi pustaka.

   b. Melakukan konsultasi dan evaluasi atas data lahan yang sudah dituangkan dalam bentuk gambar lokasi.

   c. Data keadaan lahan mencakup :

      - Peletakan tapak.
      - Bentuk serta luas.
      - Lahan disediakan berupa tanah isi atau tanah kosong.
      - Kondisi lingkungan, menurut ketentuan planologi kota, serta peruntukan tanah sekitarnya.
      - Perbatasan lokasi :
        - Batas sebelah utara
        - Batas sebelah selatan

- Batas sebelah barat
- Batas sebelah timur.

- Jaringan : listrik, air minum, telkom, air kotor/limbah, pemadam kebakaran, jaringan gas.

B. PENGUMPULAN DATA SEKUNDER

Yang dimaksud data sekunder adalah data yang diperoleh dari luar/ tidak langsung dari rumah sakit.

1. Data Kesehatan.

   a. Angka kesakitan (morbilitas) penyakit utama rawat jalan dan Puskesmas dan rumah sakit

   b. Angka kesakitan (morbiditas) penyakit utama rawat nginap di Puskesmas dengan tempat tidur.

   c. Jumlah posyandu, Puskesmas pembantu, Puskesmas dengan tempat tidur, puskesmas keliling.

   d. Jarak merata puskesmas (tanpa dan dengan tempat tidur) dengan RS di wilayah kerja.

   e. Jumlah rumah sakit di wilayah kerja termasuk rumah sakit swasta.

   f. Jarak antar RS di Wilayah kerja.

   g. Jumlah tempat tidur rumah sakit.

   h. Jumlah dan jenis tenaga dokter umum dan spesialis di wilayah kerja.

   i. Jumlah tenaga para medik perawatan, para medik non para medik dan tenaga non medik di wilayah kerja.

2. Pengumpulan data keadaan lokasi.

   a. Jalan pencapaian, kondisi jalan, jalan masuk berupa jalan utama/ tidak.

   b. Utilitas, sesuai dengan kondisi yang ada, apakah wilayah ini sudah memiliki jaringan listrik, telpon, air bersih.

   c. Pengaruh iklim.

3. Pengumpulan data Tata Kota
   a. Peruntukan tanah (land use)
   b. Peraturan teknis yang berlaku misalnya :
      - Garis sepadan muka,
      - Garis sepadan belakang.
      - Prosentasi kepadatan bangunan.
      - Tinggi bangunan maksimal berapa lantai.
      - Koefisien dasar bangunan.

Data yang dikumpulkan adalah data lima tahun terakhir dan dijabarkan menurut tingkat Kecamatan/Kabupaten/Kotamadya/Propinsi. Hanya Kecamatan yang berada dalam sekitar 10 KM dari rencana lokasi rumah sakit yang dimaksud dalam suatu daftar tabel.

4. Pengumpulan data Fasilitas Kota meliputi ;
   a. Jalan (jaringan jalan).
   b. Jaringan listrik.
   c. Jaringan air minum.
   d. Drainage.
   e. Jaringan telekomunikasi.
   f. Jaringan air limbah.
   g. Pemadam kebakaran.
   h. Jaringan gas.
5. Pengumpulan data demografi :
   a. Luas wilayah.
   b. Jumlah penduduk.
   c. Angka kepadatan penduduk.
6. Pengumpulan data Sosial, Ekonomi dan Budaya.

a. Data sosial dan budaya yang berlaku antara lain :

- Agama
- Peranan Masyarakat
- Suku

b. Data ekonomi antara lain :

- Mata Pencarian.
- Pendapatan
- Unit Produksi.

BAB III
ANALISA GAMBARAN KEADAAN DAN KECENDERUNGAN

A. ANALISA DATA KESEHATAN

1. Analisa kegiatan dan fungsi yang ada di rumah sakit
   a. Analisa terhadap jenis dan pola pelayanan
   b. Analisa terhadap struktur organisasi rumah sakit.
   c. Analisa terhadap tenaga dan analisa terhadap peralatan.
   d. Analisa proses kegiatan.
   e. Analisa terhadap pengembangan.
2. Menetapkan :
   a. Urutan-urutan aktifitas,
   b. Struktur organisasi,
   c. Jumlah personil sekarang dan proyeksi pengembangan,
   d. Kegiatan utama, penunjang, dan perlengkapan yang digunakan.

B. ANALISA DATA KEADAAN LOKASI

1. Analisa terhadap keadaan lokasi.
2. Analisa pencapaian lokasi.
3. Analisa situasi dan rencana tapak meliptui :
   a. Analisa skematik bangunan yang direncanakan.

b. Menganalisa dan membuat alternatif rencana arsitektur.

c. Menganalisa rencana struktur/konstruksi.

d. Analisa skematik sub sistem mekanikal dan elektrikal.

e. Analisa skematik prasarana tapak.

C. ANALISA DATA TATA KOTA

1. Dalam menganalisa data terhadap data tata kota harus sesuai dengan Rencana Induk Kota (RIK)
2. Analisa peruntukan tanah (land use) disesuaikan dengan :

   a. Rencana Bagian Wilayah Kota (RBWK).

   b. Rencana Umum Tata Ruang (RUTR).

   c. Rencana DetailTata Ruang (RDTR).

D. ANALISA DATA FASILITAS KOTA.

1. Analisa terhadap jaringan jalan.
2. Analisa terhadap jaringan listrik kota.
3. Analisa terhadap fasilitas jaringan air minum.
4. Analisa terhadap jaringan drainage.
5. Analisa terhadap jaringan telekomunikasi.
6. Analisa terhadap buangan air limbah.
7. Analisa terhadap pemadam kebakaran.
8. Analisa terhadap Jaringan gas
9. Analisa terhadap Fasilitas kebersihan kota.
10. Analisa terhadap dampak lingkungan.

E. ANALISA DATA SOSIAL EKONOMI DAN BUDAYA.

1. Analisa data demografi meliputi.

BAB IV
PERUMUSAN KECENDERUNGAN RUMAH SAKIT (MASTER PROGRAM)

Pengembangan rumah sakit ditujukan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan, dan dilakukan melalui berbagai tahap baik perencanaan maupun pelaksanaan pembangunannya. Pada tahap awal perencanaan perlu dilakukan studi kelayakan untuk menentukan master program, dan master plan dengan keluaran proyeksi kebutuhan tempat tidur, program kebutuhan ruangan, blok plan dan pembiayaan pembangunan.
Agar pelayanan rumah sakit dapat berjalan dengan baik, fungsi-fungsi tiap bagian dalam rumah sakit tersebut harus berjalan secara optimal. Oleh karena itu perlu kiranya dilakukan studi lebih lanjut, yaitu studi program fungsi.

Studi kelayakan rumah sakit pada dasarnya merupakan suatu kegiatan perencanaan pengembangan atau pembangunan rumah sakit secara fisik dan non fisik agar rumah sakit dapat berfungsi secara optimal dalam kurun waktu tertentu.

Kelayakan yang perlu dikaji pada tahap ini meliputi kebutuhan akan layanan rumah sakit, kebutuhan sarana, dana dan tenaga yang dibutuhkan untuk layanan yang diberikan serta kajian terhadap kemampuan pembiayaan.
Hal ini perlu dilakukan untuk menetapkan keputusan akan dibangunnya atau akan dikembangkannya suatu rumah sakit dengan jumlah dan jenis layanan yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat disuatu wilayah.

Selanjutnya melakukan pemilihan terhadap beberapa alternatif pembangunan rumah sakit dikaitkan dengan langkah-langkah dalam proses untuk kemudian dipilih salah satu alternatif yang terbaik. Hasil proses ini dikenal sebagai master program atau program induk.
Dengan dapat diproyeksikannya kebutuhan jumlah tempat tidur, dapat pula diperkirakan secara kuantitatif beberapa hal antara lain :

1. Jumlah dan jenis fasilitas rawat jalan,
2. Jenis fasilitas gawat darurat.
3. Jumlah dan jenis rawat nginap.
4. Jumlah kebutuhan tempat tidur.
5. Penetapan BOR optimal (60% – 80%) dari BOR maximum.
6. Klasifikasi jenis dan kelas ruang perawatan.
7. Penetapan jumlah unit pelayanan rumah sakit sesuai dengan kelasnya.
8. Kebutuhan ruang secara keseluruhan rumah sakit.

BAB V
PROGRAM FUNGSI

A. Program fungsi (function program) merupakan uraian secara rinci dari suatu master program dalam bentuk kegiatan-kegiatan yang akan dilakukan suatu rumah sakit termasuk :

1. Mengenai kegiatan tiap unit/bagian.
2. Jumlah pasien yang dilayani, peralatan yang dibutuhkan, serta ketenagaan untuk melayani pasien dan mengoperasikan peralatan.
3. Kebutuhan ruang lebih rinci di tiap unit/bagian.
4. Tata letak (design dasar) masing-masing unit sesuai dengan kebutuhan pelayanan pasien, peralatan dan ketenagaan.
5. Kegiatan lainnya yang tak terpisahkan dengan pelayanan di rumah sakit seperti pendidikan/latihan, penelitian dll.

Kegiatan ini merupakan uraian secara rinci dari hasil perumusan kecenderungan rumah sakit (master program).
Sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit, maka kegiatannya dapat dibagi dalam beberapa kelompok pelayanan yaitu :

1. Kelompok pelayanan medik
   a. Rawat jalan
   b. Gawat darurat
   c. Rawat nginap
2. Kelompok pelayanan penunjang medik
   a. Radiologi
   b. Farmasi
   c. Laboratorium
   d. Operasi
   e. Melahirkan

3. Kelompok pelayanan penunjang non medik

   a. work shop
   b. Dapur
   c. Cuci
   d. CSSD
   e. Kamar mayat
   f. Pengolahan limbah (padat, cair, gas).

4. Pelayanan administrasi

B. Dari kegiatan tersebut di atas meliputi :

1. Program Ruang Berdasarkan Aktivitas Kerja meliputi :

   a. Beban kerja.
   b. Lingkup kegiatan/fungsi ruang.
   c. Jenis peralatan (medik dan non medik).

2. Hubungan Fungsional

   Hubungan fungsi-fungsi dan kegiatan dalam bangunan untuk merencanakan dimensi dan organisasi ruang secara umum serta sistem-sistem prasarana yang akan diterapkan dalam bangunan kelak.

3. Program Kebutuhan Fasilitas Rumah Sakit

   a. Sarana : Bangunan / Gedung
   b. Prasarana : Jalan (jaringan jalan), jaringan listrik, jaringan air minum, drainage, jaringan telekomunikasi, jaringan air limbah, pemadam kebakaran, jaringan gas
   c. Peralatan.

4. Jumlah dan Jenis Ketenagaan.

   Jumlah Tenaga yang ada :

   a. Dokter Umum, Gigi, Spesialis.

c. Paramedik.

b. Non Medik.

5. Perkiraan Kebutuhan Pembiayaan Pembangunan

   1. Dibuat perencanaan pentahapan dalam pelaksanaan pembangunan.
   2. Perhitungan Sumberdana.
   3. Perencanaan Sumberdana.

6. Analisa Ketenagaan Terhadap :

   - Pedoman Pelayanan Rumah Sakit.
   - Peraturan Menkes.
   - Standar Kebutuhan Tenaga.
   - Standar Pelayanan Rumah Sakit.

BAB VI
PERENCANAAN FISIK BANGUNAN (BLOK PLAN)

Master plan atau rencana induk rumah sakit pada dasarnya merupakan suatu dokumen lengkap tentang rencana pembangunan dan pemeliharaan rumah sakit sesuai dengan kebutuhan-kebutuhan yang telah ditetapkan dalam master program.
Dengan demikian dapat dipahami, bahwa dokumen ini akan menjabarkan secara rinci mengenai kebutuhan rumah sakit secara fisik dan non fisik agar dapat berfungsi secara optimal untuk kurun waktu tertentu.

Rencana fisik bangunan (blok plan) dari suatu rumah sakit pada dasarnya menjelaskan segala hal yang terkait dengan upaya penetapan lokasi setiap unit pekerjaan dalam bentuk blok-blok bangunan termasuk kebutuhan penunjangnya.
Rumusan perencanaan fisik bangunan (blok plan) suatu rumah sakit dapat dirinci dan dituangkan kedalam :

A. KEBUTUHAN LUAS RUANGAN BERDASARKAN PROGRAM FUNGSI DAN BEBAN KERJA

Rencana pengembangan harus dibuat berdasarkan kebutuhan yang ditinjau dari studi tentang beban kerja saat ini dan proyeksi pada masa yang akan datang dan juga dikaji terhadap kebijaksanaan pengembangan rumah sakit yang bersangkutan, serta memperhatikan pula faktor-faktor yang berpengaruh terhadap pengembangan.

Sebagai dasar untuk perhitungan luas lantai dipergunakan beberapa dasar pertimbangan dan pemikiran antara lain sebagai berikut :

1. Proyeksi perkembangan jumlah beban kerja dan jumlah kegiatan sampai akhir tahap pembangunan.
2. Standar luas dan kebutuhan untuk setiap aktivitas dan fasilitas.
3. Sejumlah asumsi pendukung dan data pelengkap lainnya, antara lain aspek mutu pelayanan ditinjau dari sudut pemakai dan sudut medis profesional.

Penyusunan konsep dasar pemikiran tersebut di atas bertitik tolak pada permasalahan yang spesifik dalam perencanaan rumah sakit, yaitu terdapatnya fleksibilitas, rumusan kemungkinan untuk pengembangan serta tercapainya efisiensi hubungan dan pelaksanaan kerja. Sedangkan efisiensi hubungan kerja diukur dengan kriteria sebagai berikut :

1. Mudah dicapai.
2. Sirkulasi jelas.
3. Nyaman.
4. Aman
5. Hubungan fungsional tercapai

Agar pengertian dasar di atas dapat dituangkan ke dalam suatu konsep yang menyeluruh, maka perencanaan suatu komplek bangunan rumah sakit harus dapat menguraikan pula beberapa aspek :

1. Aspek perencanaan ruang luar bangunan.
2. Aspek perencanaan tata letak bangunan.
3. Aspek perencanaan prasarana.
4. Aspek perencanaan peralatan.

B. PENGELOMPOKAN RUANGAN BERDASARKAN FUNGSI MENJADI BLOK BANGUNAN

1. Kelompok medik
   a. Ruang rawat jalan
   b. Ruang gawat darurat
   c. Ruang rawat nginap
   d. Ruang operasi

e. Ruang melahirkan

2. Kelompok penunjang medik
   a. Ruang radiologi
   b. Ruang farmasi
   c. Ruang laboratorium
3. Kelompok penunjang non medik
   a. Ruang bengkel
   b. Ruang dapur
   c. Ruang cuci
   d. Ruang pusat steril (CSSD)
   e. Ruang mayat.
4. Pelayanan administrasi

C. PENYUSUNAN BLOK BANGUNAN MENJADI KOMPOSISI MASSA

Ada beberapa tahap dalam penyusunan blok bangunan :

1. Menciptakan zoning Rumah Sakit yang paling optimal melalui pengelompokan kegiatan-kegiatan tertentu yang fungsinya sejenis dan mempunyai kedekatan yang maksimal sesuai dengan tingkat hubungan fungsionalnya, serta atas pertimbangan adanya pengaruh baik dari luar maupun dari dalam komplek itu sendiri. Pengelompokan kegiatan yang optimal ini ditujukan untuk meminimalkan adanya arus lalulintas yang saling bertabrakan/saling menghambat di antara arus kegiatan unit rumah sakit, baik unit kegiatan yang sifatnya umum dan khusus serta untuk mencapai kemudahan hubungan/sirkulasi, instalasi, keamanan dan kenyamanan.

   Secara umum penglompokan kegiatan tersebut adalah sebagai berikut:

   a. Areal pelayanan-pelayanan umum atau berkaitan umum.

   b. Areal pelayanan pasien rawat jalan melalui penjadwalan.

c. Areal pelayanan gawat darurat.

d. Areal pelayanan diagnostik dan tindakan.

e. Areal pelayanan perawatan nginap.

f. Areal pelayanan lain, antara lain pengelolaan limbah, incenerator, penyediaan air bersih dan lain-lain.

2. Sirkulasi antar kegiatan pada rumah sakit akan meliputi beberapa aspek:

   a. Arus/sirkulasi karyawan, pengunjung dan pasien rawat jalan.

   b. Arus/sirkulasi pasien rawat nginap.

   c. Arus/sirkulasi barang dan bahan.

3. Fasilitas komunikasi perlu diadakan di beberapa bagian yang dianggap penting yaitu :

   a. Fasilitas-fasilitas staf medis.

   b. Areal konsultasi untuk diagnostik dan tindakan.

   c. Administrasi perawatan.

   d. Areal untuk aktifitas pengunjung bagi pasien-pasien khusus (VIP).

BAB VII
RENCANA PENTAHAPAN PEMBANGUNAN FISIK RUMAH SAKIT

A. PELAKSANAAN PENTAHAPAN FASILITAS RUMAH SAKIT DAPAT DILAKUKAN MELALUI :

1. Pembangunan baru
2. Refungsi gedung-gedung tertentu dari rumah sakit.
3. Renovasi bangunan yang sudah ada

B. SKALA PRIORITAS.

Karena terbatasnya sumber dana, perlu disusun skala prioritas dalam tahapan pembangunan.

C. ISTIMASI BIAYA.

Perhitungan secara kasar biaya bangunan, dihitung berdasarkan atas harga permeter persegi bangunan (Standard Direktorat Jenderal Cipta Karya).

BAB VIII
PERORGANISASIAN

Pengorganisasian ini dimaksudkan untuk memberikan petunjuk dan prosedur penyusunan master plan sejak persiapan, konsultasi sampai mendapatkan hasil buku master plan. Dalam penyusunan master plan itu sendiri menyangkut beberapa klas rumah sakit. Namun pada dasarnya bahwa kegiatan utama penyusunan master plan baik rumah sakit kecil maupun yang besar sama, hanya saja materi yang dibahas lebih luas. Belakangan ini bahwa penyusunan master plan mengarah kepada tujuan peningkatan klas rumah sakit, yaitu dari rumah sakit klas D ke klas C, rumah sakit klas C ke klas B, rumah sakit klas B ke klas A. Dengan langkah maupun peningkatan klas mendapatkan dukungan dari instansi yang terkait dan sesuai dengan kebutuhan masyarakat setempat.
Terdapat beberapa uraian mekanisme kerja dalam penyusunan master plan ini sesuai dengan kelas rumah sakit yaitu :

A. ALUR MEKANISME KERJA PENYUSUNAN MASTER PLAN RUMAH SAKIT DATI II (KELAS D/C).

1. Rencana Usulan Master Plan Rumah Sakit.

   Rencana usulan penyusunan Master Plan Rumah Sakit dibuat oleh Rumah Sakit disertai dengan perkiraan kebutuhan biayanya. Usulan yang dimaksud disampaikan kepada Kantor Departemen Kesehatan setempat (1), dan tembusannya (1.a) disampaikan kepada Dinas Kesehatan Tk. II.

2. Rencana Usulan Penyusunan Master Plan Rumah Sakit.

Kantor Departemen Kesehatan mengadakan evaluasi, kemudian meneruskan usulan penyusunan Master Plan Rumah Sakit dari Rumah Sakit bersangkutan ke Kantor Wilayah Departemen Kesehatan (2). Sedangkan tembusannya (2.a) disampaikan kepada Dinas Kesehatan Tk. I mendapat tembusannya.

3. Usulan Penyusunan Master Plan Rumah Sakit.

   Kantor Wilayah Departemen Kesehatan setelah mengevaluasi usulan dari Kantor Departemen Kesehatan meneruskan ke Direktur Jenderal Pelayanan Medik (3). Tembusannya (3.a) disampaikan kepada Direktorat Instalasi Medik, Direktorat Rumah Sakit Umum dan Pendidikan serta Dinas Kesehatan Tk. I.

4. Telaahan.

   Direktorat Instalasi Medik dan Direktorat Rumah Sakit Umum dan Pendidikan memberikan telaahan teknis maupun administratif guna penetapan persetujuan usulan penyusun master plan rumah sakit oleh Direktur Jenderal Pelayanan Medik.

5. Anggaran.

   Biaya untuk penyusunan master plan suatu rumah sakit dapat berasal dari APBD, APBN. BLN dan lain-lain.
   Usulannya dituangkan dalam daftar usulan Proyek dan selanjutnya diterbitkan DIP/PO sesuai dengan kemampuan pendanaannya.

6. Pelaksanaan Penyusunan Master Plan Rumah Sakit.

   Pelaksanaan penyusunan master plan rumah sakit :

   - Untuk melaksanakan pembuatan master plan rumah sakit dapat dilaksanakan oleh Konsultan yang ditunjuk atau suatu Tim yang dibentuk (swakelola).
   - Penyusunan TOR untuk memberikan batasan kegiatan, tugas dan tanggung jawab masing-masing petugas serta mekanisme kerjanya
   - Penunjukan Konsultan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

7. Konsultasi dan Pengarahan.

Konsultan atau Tim penyusun dalam rangka penyusunan Master Plan Rumah sakit, mencari/mengumpulkan data, menguji data serta menganalisanya. Dalam hal ini Konsultan atau Tim harus berkonsultasi kepada pihak-pihak yang terkait untuk membahas draft.

8. Penyerahan Draft.

   Konsultan Perencanaan atau Tim menyerahkan Draft Master Plan Rumah Sakit sesuai dengan T.O.R. kepada Pemimpin Proyek. Selanjutnya disampaikan kepada Direktorat Instalasi Medik dan Direktorat Rumah Sakit Umum dan Pendidikan untuk ditelaah sebelum ditetapkan oleh Direktur Jenderal Pelayanan Medik.

9. Laporan Hasil.

   Pemimpin Proyek menyerahkan laporan Master Plan Rumah Sakit kepada Direktorat Jenderal Pelayanan Medik serta instansi terkait berupa :

   - Buku Master Plan Rumah Sakit
   - Maket Master Plan Rumah Sakit, Skala 1 : 500 a' 1 : 1000 sesuai dengan blok plan buku laporan master plan.

   Direktorat Instalasi Medik dan Direktorat Rumah Sakit Umum dan Pendidikan mendapat tembusannya.

10. Telaahan.

    Direktorat Instalasi Medik dan Direktorat Rumah Sakit Umum dan Pendidikan melakukan telaahan baik secara teknis maupun administratif laporan dari Pemimpin proyek sebelum disetujui/ditetapkan Direktur Jenderal Pelayanan Medik.
    Konsultan atau Tim penyusun diwajibkan mempresentasikan lagi hasil Master Plan Rumah Sakit di lingkungan Direktorat Jenderal Pelayanan Medik serta instansi terkait.

11. Pengesahan Direktur Jenderal Pelayanan Medik memberi persetujuan/ menetapkan Master Plan Rumah Sakit.

    11a. Direktorat Instalasi Medik dan Direktorat Rumah Sakit Umum dan Pendidikan mendapat tembusannya.

12. Pemimpin Proyek menyerahkan satu set lengkap Master Plan Rumah Sakit ke Direktorat Instalasi Medik, Dinas Kesehatan Tk. I, Dinas Kesehatan Tk. II, Kantor Departemen Kesehatan dan Rumah Sakit serta instansi terkait.

B. URAIAN MEKANISME KERJA PENYUSUNAN MASTER PLAN RUMAH SAKIT DATI I (KELAS C/B)

1. Usulan Rencana Penyusunan Master Plan Rumah Sakit.

   Usulan penyusunan Master Plan Rumah Sakit yang dibuat oleh Rumah Sakit ke Kantor Wilayah Departemen Kesehatan dengan lampiran RAB(Rencana Anggaran Biaya) disesuaikan dengan Pedoman dan Wilayahnya.

   1a. Tembusan disampaikan ke Dinas Kesehatan Tingkat I, Direktorat Instalasi Medik dan Direktorat Rumah Sakit Umum dan Pendidikan.

2. Usulan Penyusunan Master Plan Rumah Sakit.

   Kantor Wilayah Departemen Kesehatan / Pemimpin Proyek setelah mengevaluasi dan mengkompilasi usulan dari Rumah Sakit, mengusulkan ke Direktorat Jenderal Pelayanan Medik lengkap dengan lampiran-lampirannya, Dinas Kesehatan, Direktoratt Instalasi Medik dan Direktorat Rumah Sakit Umum dan Pendidikan mendapat tembusannya.

3. Telaahan.

   Direktorat Instalasi Medik dan Direktorat Rumah Sakit Umum membuat telaahan baik teknis maupun administratif kepada Direktorat Jenderal Pelayanan Medik.

4. Anggaran.

   Usulan dari Kantor Wilayah Departemen Kesehatan/ Pemimpin Proyek, setelah mendapat masukan dari Direktorat Instalasi Medik dan Direktorat Rumah Sakit Umum dan Pendidikan dibahas bersama-sama oleh Direktorat Jenderal Pelayanan Medik, Bappenas dan Direktorat Jenderal Anggaran, selanjutnya diterbitkan PO/DIP nya.

DIP/PO diteruskan ke Kantor Wilayah Departemen Kesehatan / Pemimpin Proyek.

4a. Direktorat Instalasi Medik dan Direktorat Rumah Sakit Umum dan Pendidikan mendapat tembusan DIP/PO.

5. Pelaksanaan Penyusunan Master Plan Rumah Sakit.

Pemimpin Proyek menunjuk Konsultan Perencanaan dengan terlebih dahulu membentuk :

- Pembentukan Team pengelola teknis, terdiri dari unsur Kantor Wilayah Departemen Kesehatan, unsur Rumah Sakit dan unsur Departemen Pekerjaan Umum.
- Pembentukan Team pelelangan/pembanding terdiri dari unsur Kantor Wilayah Departemen Kesehatan, unsur Rumah Sakit dan unsur Departemen Pekerjaan Umum.
- Dalam rangka penunjukan Konsultan Perencanaan Pemimpin Proyek melalui Team Pengelola Teknis membuat TOR sebagian dasar pengajuan perhitungan biaya oleh Konsultan Perencana.
- Pelaksanaan Penyusun Master Plan Rumah Sakit oleh Konsultan Perencana (Berita Acara Kemajuan Pekerjaan terlebih dahulu ditanda tangani oleh Team Pengelola Teknis dan Direktur Rumah Sakit).
- Penerimaan pekerjaan penyusunan Master Plan Rumah Sakit (Berita Acara Serah terima pekerjaan terlebih dahulu ditanda-tangani oleh Team Pengelola Teknis dan Direktur Rumah Sakit).

6. Konsultasi dan Pengarahan.

Konsultan dalam rangka Penyusunan Master Plan Rumah Sakit, mencari data-data dan pengarahan sebanyak-banyaknya sesuai dengan pedoman, antara lain kepada Team Pengarah yang ditunjuk oleh Pemimpin Proyek dan instansi-instansi lainnya yang terkait.

7. Penyerahan Hasil.

Konsultan Perencana menyerahkan hasil penyusunan Master Plan Rumah Sakit, setelah dipresentasikan dengan Team Pengarah, Team

Pengelola Teknis dan unsur-unsur yang terkait sesuai dengan TOR kepada Pemimpin Proyek dilengkapi dengan :

- Berita Acara kemajuan pekerjaan (± 80% dari Kontrak)
- Buku dan gambar-gambar Master Plan Rumah Sakit banyaknya sesuai dengan TOR.

8. Laporan Hasil.

Kantor Wilayah Departemen Kesehatan / Pemimpin Proyek menyerahkan laporan Master Plan Rumah Sakit kepada Direktorat Jenderal Pelayanan Medik dengan dilengkapi :

- Gambar-gambar Master Plan.
- Buku Master Plan Rumah Sakit

Direktorat Instalasi Medik dan Direktorat Rumah Sakit Umum mendapat tembusannya.

9. Telaahan Hasil.

Direktorat Instalasi Medik dan direktorat Rumah Sakit Umum dan Pendidikan membuat telaahan baik teknis maupun administratif dari laporan Kantor Wilayah Departemen Kesehatan/Pemimpin Proyek kepada Direktorat Jenderal Pelayanan Medik.

- Apabila masih diperlukan, Konsultan diwajibkan mempresentasikan lagi hasil Master Plan Rumah Sakit di Direktorat Jenderal Pelayanan Medik.
- Gambar-gambar terlebih dahulu disahkan oleh Direktorat Instalasi Medik.

10. Persetujuan.

- Direktorat Jenderal Pelayanan Medik memberi persetujuan mengenai Master Plan Rumah Sakit kepada Kantor Wilayah Departemen Kesehatan/Pemimpin Proyek, Direktorat Instalasi Medik.
- Pemimpin Proyek membuat Berita Acara Serah Terima selesainya pekerjaan (pembayaran sisa ± 20% dari Kontrak)

10a. Direktorat Instalasi Medik dan Direktorat Rumah Sakit Umum dan Pendidikan mendapat tembusannya.

11. Pemimpin Proyek menyerahkan satu set lengkap Master Plan Rumah Sakit ke Direktorat Instalasi Medik, Dinas Kesehatan Tingkat I dan Rumah Sakit.

C. URAIAN MEKANISME KERJA PENYUSUNAN MASTER PLAN RUMAH SAKIT "VERTIKAL"

1. Usulan Penyusunan Master Plan Rumah Sakit.

Usulan ke Direktorat Jenderal Pelayanan Medik penyusunan Master Plan Rumah Sakit yang dibuat oleh Rumah Sakit dengan lampiran RAB (Rencana Anggaran Biaya) disesuaikan dengan pedoman dan wilayahnya.

1a. Kantor Wilayah Departemen Kesehatan, Direktorat Instalasi Medik dan Direktorat Rumah Sakit Umum dan Pendidikan mendapat tembusannya.

2. Telaahan.

Kantor Wilayah Departemen Kesehatan, Direktorat Intalasi Medik dan Direktorat Rumah Sakit Umum dan Pendidikan memberikan telaahan teknis maupun administratif kepada Direktorat Jenderal Pelayanan Medik.

3. Anggaran.

Usulan dari Rumah Sakit, setelah mendapatkan masukan dari Kantor Wilayah Departemen Kesehatan, Direktorat Instalasi Medik dan Direktorat Rumah Sakit Umum dan Pendidikan dan dibahas bersama-sama oleh Direktorat Jenderal Pelayanan Medik, Bappenas dan Direktorat Jenderal Anggaran, selanjutnya diterbitkan DIP/PO nya, dan diteruskan ke Rumah sakit.

3a. Tembusan Anggaran

Kantor Wilayah Departemen Kesehatan, Direktorat Instalasi Medik dan Direktorat Rumah Sakit Umum dan Pendidikan mendapat tembusan DIP/PO.

4. Pelaksanaan Penyusunan Master Plan.

   Rumah Sakit / Pemimpin Proyek menunjuk Konsultan Perencanaan dengan terlebih dahulu membentuk :

   - Pembentukan Tim Pengelola Teknis, terdiri dari unsur Kantor Wilayah, unsur Rumah Sakit dan unsur P.U.
   - Pembentukan Tim Pelelangan / Pembanding, terdiri dari unsur Kantor Wilayah, Unsur Rumah Sakit dan unsur P.U.

   Dalam hal pelaksanaan penyusunan Master Plan Rumah Sakit Pemimpin Proyek membuat T.O.R. dan lampiran-lampiran lainnya sesuai peraturan yang berlaku sebagai dasar untuk perhitungan biaya oleh Konsultan.

5. Konsultasi dan Pengarahan.

   Konsultan dalam rangka penyusunan Master Plan Rumah Sakit, mencari data-data dan pengarahan sebanyak-banyaknya, sesuai pedoman antara lain kepada Tim Pengarah yang telah ditunjuk oleh Pemimpin Proyek / Rumah Sakit, maupun kepada instansi-instansi yang terkait. Data-data maupun pengarahan setelah diolah, dikonsultasikan kepada Pemimpin Proyek/Rumah Sakit, sampai mendapat perencanaan yang optimal.

6. Penyerahan Hasil.

   Konsultan perencana menyerahkan hasil-hasil penyusunan Master Plan setelah dipresentasikan dengan Tim Pengarah dan tim Pengelola Teknis dan unsur-unsur terkait sesuai dengan T.O.R. kepada Pemimpin Proyek / Rumah Sakit dilengkapi dengan :

   - Berita Acara kemajuan pekerjaan (± 80% dari Kontrak) yang ditandatangani oleh Tim Pengelola Teknis.
   - Buku dan Gambar-gambar Master Plan Rumah Sakit banyaknya sesuai T.O.R.

7. Laporan Hasil.

   Pemimpin Proyek / Rumah sakit menyerahkan laporan Master Plan kepada Direktorat Jenderal Pelayanan Medik dengan dilengkapi :

- Gambar-gambar Master Plan.
- Buku Master Plan.

Kantor Wilayah Departemen Kesehatan, Direktorat Instalasi Medik dan Direktorat Rumah Sakit Umum dan Pendidikan mendapat tembusannya.

8. Telaahan Hasil.

   Kantor Wilayah Departemen Kesehatan, Direktorat Instalasi Medik dan Direktorat Rumah Sakit Umum dan Pendidikan membuat telaahan dari laporan Pemimpin Proyek / Rumah Sakit kepada Direktorat Jenderal Pelayanan Medik.

   - Apabila masih diperlukan, Konsultan diwajibkan mempresentasikan lagi hasil Master Plan Rumah Sakit di Direktorat Jenderal Pelayanan Medik.
   - Gambar-gambar terlebih dahulu disahkan oleh direktorat Instalasi Medik.

9. Direktorat Jenderal Pelayanan Medik memberi persetujuan mengenai Master Plan kepada Pemimpin Proyek / Rumah Sakit.

   9a. Kantor Wilayah Departemen Kesehatan, Direktorat Instalasi Medik dan Direktorat Rumah Sakit Umum dan Pendidikan mendapatkan tembusannya.

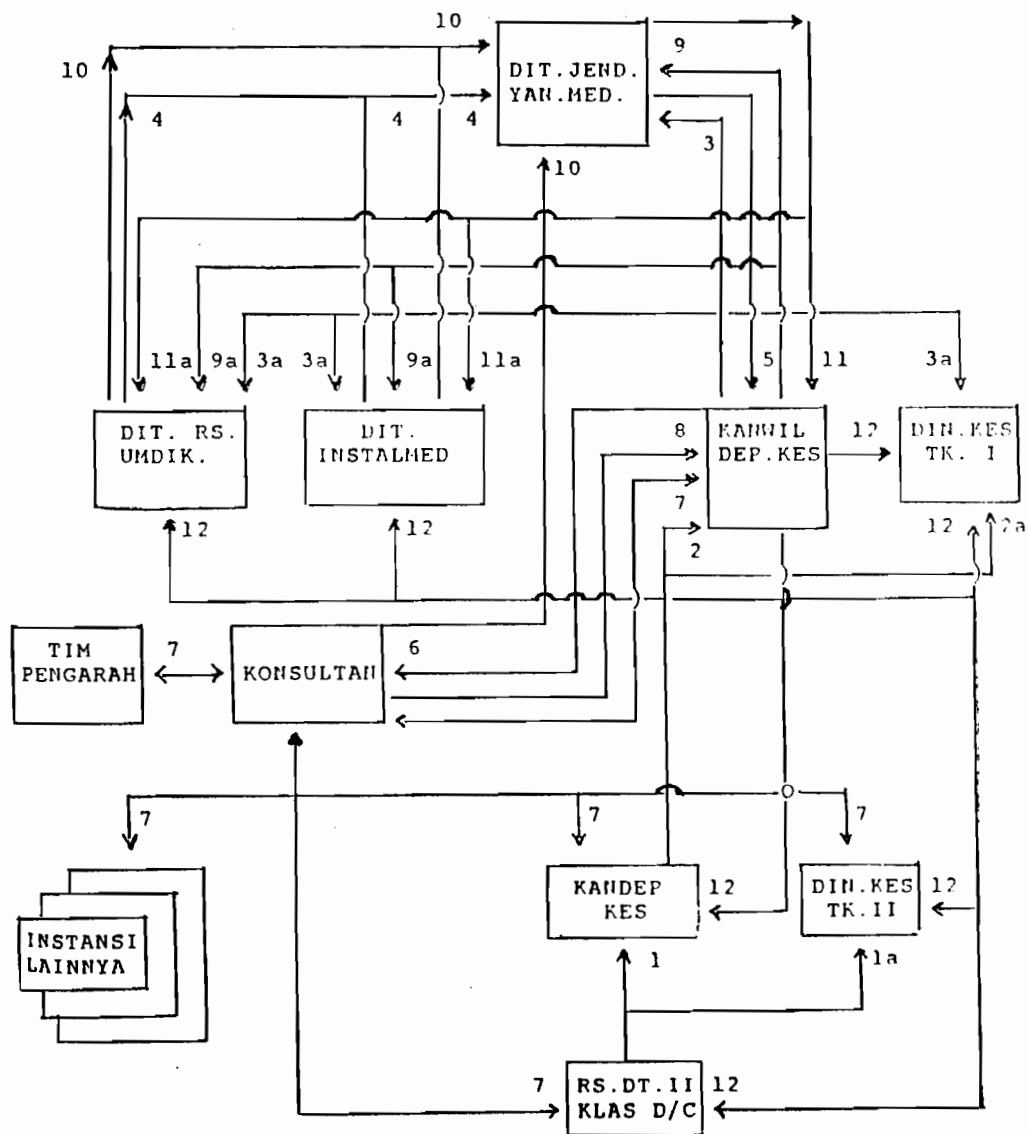
10. Pemimpin Proyek / Rumah Sakit menyerahkan satu set lengkap Master Plan Rumah Sakit ke Direktorat Instalasi Medik, Kantor Wilayah Departemen Kesehatan.

BAB IX
PENUTUP

Rencana induk rumah sakit merupakan rencana jangka panjang yang terujud dalam tulisan dan gambaran mengenai rehabilitasi, renovasi, refungsi, analisa untuk dikembangkan dan ataupun bangunan baru. Perujudan yang dimaksud merupakan hasil optimasi dari kebutuhan-kebutuhan yang sebenarnya dari suatu keadaan tertentu di mana dipertimbangkan segi ekonomi, sosial, politik, budaya, pertahanan, keamanan, teknologi dan kelestarian lingkungan, untuk suatu cakupan tertentu dan jangkauan waktu tertentu.

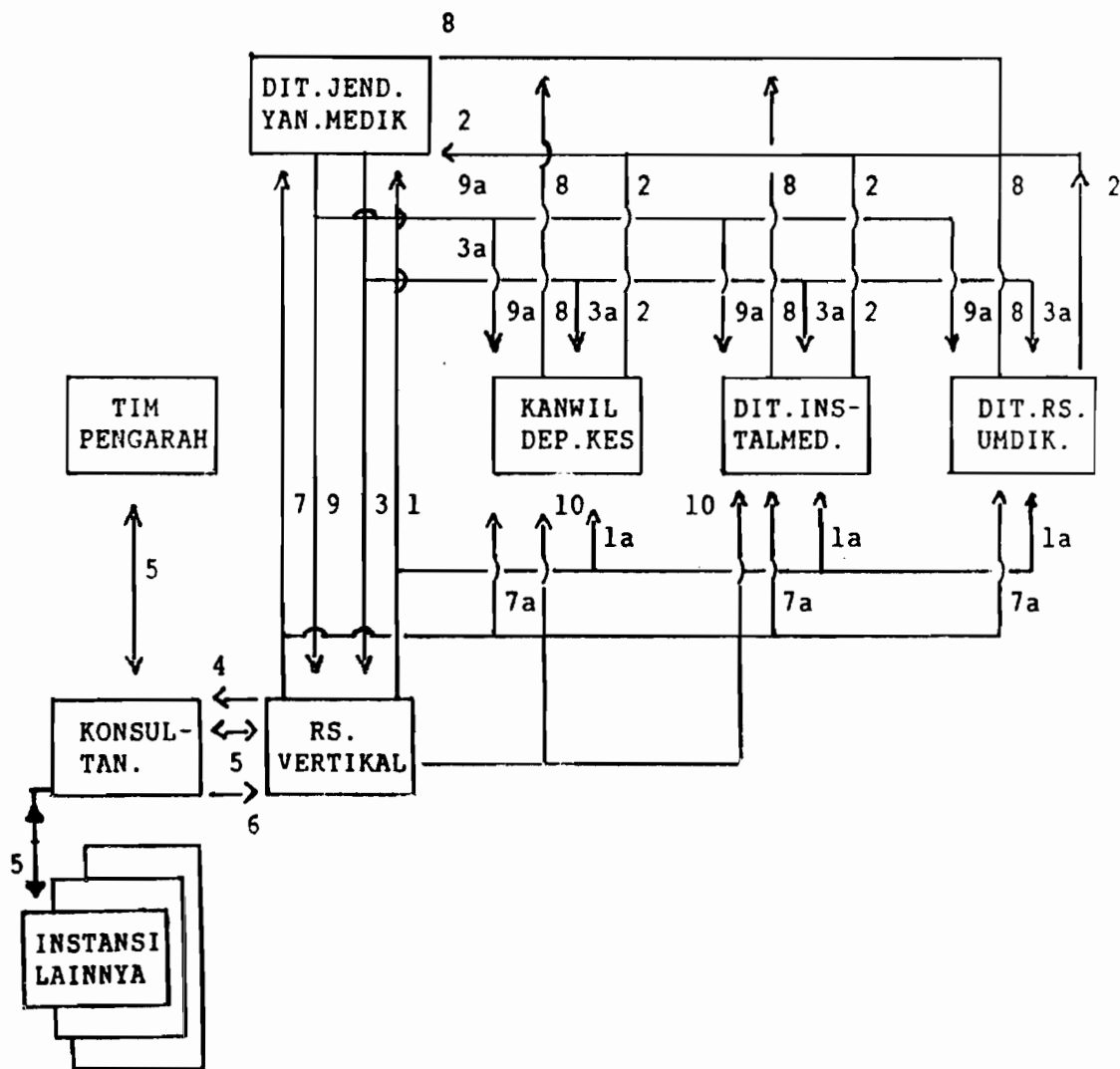
Rencana induk rumah sakit dibuat fleksibel yang selalu dapat menampung pengembangan konsepsi berdasarkan atas perancangan yang dinamis.

Rencana yang dimaksud juga sebagai dasar pedoman dalam pengembangan maupun pembangunan rumah sakit sesuai dengan perkembangan pelayanan rumah sakit di suatu daerah. Sehingga master plan harus mencerminkan kebutuhan pelayanan kesehatan di daerah yang dimaksud.

ALUR MEKANISME KERJA PENYUSUNAN
MASTER PLAN RUMAH SAKIT DATI II (KLS. D/C)

1. Rencana usulan penyusunan Master Plan Rumah Sakit dari Rumah Sakit.
1a. Tembusan usulan.
2. Rencana usulan penyusunan Studi Kelayakan / Master Plan Rumah Sakit dari Kantor Departemen Kesehatan.
2a. Tembusan usulan
3. Rencana usulan penyusunan Master Plan Rumah sakit dari Kantor Wilayah.
4. Telaahan.
5. Anggaran.
6. Pelaksanaan penyusunan Master Plan Rumah Sakit.
7. Konsultasi dan Pengarahan.
8. Penyerahan hasil.
9. Laporan hasil.
9a. Tembusan laporan
10. Telaahan.
11. Persetujuan.
11a. Tembusan persetujuan
12. Pengiriman

ALUR MEKANISME KERJA PENYUSUNAN
MASTER PLAN RUMAH SAKIT DATI I (Kelas C/B)

1. Usulan rencana penyusunan Master Plan Rumah Sakit.
1a. Tembusan usulan.
2. Usulan penyusunan Master Plan Rumah Sakit.
2a. Tembusan Usulan
3. Telaahan.
4. Anggaran.
5. Pelaksanaan penyusunan Master Plan Rumah Sakit.
6. Konsultasi dan pengarahan.
7. Penyerahan hasil
8. Laporan hasil.
9. Telaahan hasil.
10. Persetujuan.
10a. Tembusan Persetujuan.
11. Pengiriman buku dan gambar Master Plan Rumah Sakit.

MEKANISME KERJA PENYUSUNAN MASTER PLAN RUMAH SAKIT V E R T I K A L

1. Rencana usulan penyusunan Master plan
1a. Tembusan Usulan.
2. Telaahan.
3. Anggaran.
3a. Tembusan Anggaran.
4. Pelaksanaan penyusunan studi kelayakan / Master plan.
5. Konsultasi dan Pengarahan.
6. Penyerahan hasil.
7. Laporan Hasil.
8. Telaahan hasil.
9. Persetujuan.
9a. Tembusan persetujuan.
10. Pengiriman hasil persetujuan Master plan Rumah Sakit.